

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

N°

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 juillet 1895, à 1 heure

Par MICHEL MOUNDLIC

Né à Odessa (Russie), le 7 janvier 1870

Médecin adjoint à la maison de santé du Dr Motet

Ancien interne provisoire des asiles de la Seine

Ancien externe des hôpitaux de Paris

DU

DÉLIRE HYPOCHONDRIQUE
CHEZ LES ÉPILEPTIQUES

Président : M. BROUARDEL, professeur.

Juges : MM. JOFFROY, professeur.
BALLET, CHARRIN, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 juillet 1895, à 1 heure

Par MICHEL MOUNDLIC

Né à Odessa (Russie), le 7 janvier 1870

Médecin adjoint à la maison de santé du Dr Motet

Ancien interne provisoire des asiles de la Seine

Ancien externe des hôpitaux de Paris

DU

DÉLIRE HYPOCHONDRIQUE CHEZ LES ÉPILEPTIQUES

Président : M. BROUARDEL, professeur.

*Juges : MM. { JOFFROY, professeur.
BALLET, CHARRIN, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHT.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILLEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTESESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

Faible témoignage d'une affection sincère.

A MON FRÈRE

Docteur en médecine de la Faculté de Paris
Ancien interne des asiles de la Seine

*Qui n'a pas cessé de me servir d'appui dans les études difficiles
de la médecine.*

A MES AMIS

A MON CHER MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MOTET

Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES ASILES DE LA SEINE

MESSIEURS LES DOCTEURS MARANDON DE MONTYEL
FEBVRE ET LEGRAIN

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MESSIEURS LES DOCTEURS FÉLIZET, HIRTZ
GILBERT ET RIGAL

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROUARDEL

Doyen de la Faculté de médecine de Paris

Médecin des hôpitaux

Membre de l'Académie de médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

MOUNDLIC

PLAN DE L'OUVRAGE

- 1° Introduction.
- 2° Considérations générales et exposé du sujet.
- 3° Historique.
- 4° Observations.
- 5° Conclusions.
- 6° Bibliographie.

DU

DÉLIRE HYPOCHONDRIQUE

CHEZ LES ÉPILEPTIQUES

INTRODUCTION

L'épilepsie, quelle qu'en soit l'origine, qu'elle soit idiopathique, traumatique, alcoolique, syphilitique ou saturnine, peut donner naissance à des conceptions délirantes qui ont comme caractère principal la brusquerie de leur apparition et de leur disparition. Le moment, où ces idées délirantes naissent chez l'individu atteint du grand mal, a permis de diviser le délire épileptique en trois espèces. Celui qui précède les phénomènes convulsifs est appelé délire préepileptique; celui qui leur succède — délire postépileptique. On a encore admis une troisième variété — le délire remplaçant les attaques convulsives. Les deux variétés précédentes sont acceptées par tous les auteurs. Il n'en est pas de même de la troisième, et, tan-

dis que Morel, Delasiauve, Spitzka admettent l'existence de troubles intellectuels survenant pendant les intervalles des paroxysmes et les remplaçant quelquefois (psychical équivalent), Legrand du Saulle conteste cette opinion et formule son avis là-dessus dans ces quelques lignes : « Toutes les fois, dit-il, que l'intelligence se trouve soudainement compromise chez un convulsif, c'est qu'il y a eu auparavant une manifestation épileptique qui a échappé, dont on n'a pas tenu compte et que l'on n'a pas reconnue. En prenant la peine d'examiner minutieusement le malade, en faisant une sévère enquête, et en visitant au besoin le couchage, on ne tarde pas d'ordinaire à se convaincre qu'il s'est produit, à l'insu de tous, un vertige, un accès incomplet ou une attaque nocturne. La description qui a pu être faite des désordres psychiques dans l'intervalle des attaques ne repose que sur une erreur de diagnostic. »

Wandsley, adoptant les opinions françaises, pense qu'une excitation maniaque passagère peut prendre la place des attaques convulsives et compare les impulsions soudaines des épileptiques à une convulsion mentale assimilable aux convulsions somatiques. Il ajoute même que la convulsion somatique et la convulsion mentale peuvent alterner et se produire à différentes époques, l'une remplaçant l'autre. L'école moderne admet que l'épilepsie peut s'assimiler toutes les formes de l'aliénation mentale et engendrer différents genres de délire, qui présentent un certain nombre de caractères communs chez tous les épileptiques.

Nous ne voulons plus revenir sur un symptôme diffé-

rentiel, capital, que nous avons indiqué au début de notre travail : la soudaineté de l'explosion du délire et la rapidité de sa disparition. A côté de ce signe nous plaçons une ressemblance des idées délirantes chez le même malade ; autrement dit, l'épileptique conserve toujours sa manière à lui de délirer.

Magnan, Legrand du Saulle et Falret, ont insisté sur cette uniformité des accès chez le même malade et la présentent comme un des caractères distinctifs de la folie épileptique. Witkovski a énergiquement protesté contre cette tendance des aliénistes français à schématiser la ressemblance de tous les accès, car lui n'a jamais trouvé une identité parfaite des attaques.

La perte plus ou moins complète de la conscience constitue aussi un des caractères communs à toutes les folies épileptiques. Dans certains cas, l'abolition est complète ; le malade est un automate qui n'a plus ni volonté, ni conscience ; c'est dans ces conditions-là que le malade commet les actes les plus extravagants, les plus inexplicables, les plus dangereux, poussé par ses obsessions impulsives.

Nous aurons épuisé toute la série des caractères communs de ces délires si nous nous arrêtons un instant sur la perte ou notable diminution du souvenir de l'accès délirant. Un épileptique ne pourra jamais rendre compte au médecin de ce qu'il a éprouvé pendant sa crise, lui relater ses hallucinations, ses angoisses ; il ne se souvient de rien, ou bien ses souvenirs sont vagues et confus, contrairement à ce qui arrive chez les délirants non épileptiques quand ils approchent de la fin de leurs accès.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES ET EXPOSÉ DU SUJET

Après avoir passé en revue les caractères qui distinguent tous les accès délirants chez les épileptiques, occupons-nous un instant de quelques-uns de ces accès et particulièrement du délire à forme dépressive et hypochondriaque qui va constituer le sujet de ce travail.

L'histoire du délire impulsif se rapporte presque tout entière à l'épilepsie, en admettant néanmoins avec Lasèque des impulsions en dehors de cette névrose qui ont été rangées par plusieurs auteurs sous une dénomination de monomanie instinctive et impulsive. Ces impulsions peuvent être de tous genres ; les plus intéressantes sont les impulsions homicides, suicides et pyro-maniaques. Elles sont plus irrésistibles, d'après Magnan, que le besoin de boire du dipsomane, que celles des alcooliques, des hystériques et des dégénérés.

Nous ne dirons que deux mots sur la manie épileptique décrite par Falret (1) et divisée par lui en petit mal et

1. Falret. *Etat mental des épileptiques*, in *Archives générales de médecine et de chirurgie*, 1860. T. 16, 17, 18.

grand mèl, voulant indiquer par là la parenté étroite que l'on observe entre les manifestations physiques et les manifestations psychiques de la maladie épileptique. Non-seulement ces deux formes du délire épileptique offrent entre elles des points de contact, mais on observe, en outre, soit chez le même individu, soit chez divers malades, de nombreux états intermédiaires qui tendent à démontrer qu'il n'existe en réalité, entre ces deux variétés de la folie épileptique, qu'une simple différence de degré. Ces états intermédiaires permettent de passer sans ligne de démarcation tranchée du simple obscurcissement de l'intelligence à l'agitation maniaque la plus violente et à la fureur la plus incoercible.

L'existence même de la névrose peut engendrer chez l'épileptique des idées de persécutions; dominé par des hallucinations multiples il attribue sa maladie à l'influence d'un ennemi qui lui donne toutes les sensations qu'il éprouve avant son attaque, et ces fausses interprétations de sensations malades se transforment dans son esprit affaibli en un délire systématisé qui le fait commettre des actes impulsifs dirigés le plus souvent contre des personnes amies. « Un ami épileptique n'est pas un don du ciel » a dit très justement Esquirol.

Le désespoir dans lequel la maladie jette l'épileptique est quelquefois la source d'un véritable délire hypocondriaque.

Voisin en a signalé quelques cas très démonstratifs. En réalité, les accès convulsifs déterminent en même temps qu'une dépression des fonctions de nutrition, un épuisement général des forces. A cette diminution de la force

correspond une atténuation plus ou moins marquée de la sensibilité générale et spéciale. Cette dépression des fonctions sensorielles et motrices coïncide avec une dépression générale de l'intelligence et du sentiment qui constituent dans leur ensemble un terrain éminemment favorable à l'éclosion des idées hypocondriaques.

Donc, il serait tout naturel de supposer que les idées délirantes développées et entretenues par l'affaiblissement de la constitution générale doivent se rapporter entièrement au seul mal véritable, dont le malade se trouve atteint. Car, comme nous avons vu dans les quelques lignes qui précèdent, l'épilepsie est capable, surtout si les attaques sont très rapprochées, de provoquer cette dénutrition non seulement du système nerveux central, mais encore de toutes les autres fonctions importantes de la vie. En réalité, voici ce que nous constatons : nous voyons deux espèces de névrosés : 1° une catégorie des malades, et c'est le minimum, qui surveillent avec une finesse d'hypocondriaques leurs attaques, leur durée, leur périodicité, qui notent sur leur carnet toutes les crises convulsives qu'ils ont eues depuis une certaine époque. Ce sont les malades chez lesquels le vrai mal, réel, développe un délire hypocondriaque qui a comme sujet tout ce qui touche à leur névrose ; 2° de l'autre côté nous voyons une série de malades, d'un nombre beaucoup plus élevé que les précédents, qui laissant de côté leurs attaques répétées, ainsi que la déchéance physique et intellectuelle qui les suivent, engendrent dans leur cerveau malade un délire hypocondriaque qui ne touche en rien leur névrose et qui roule sur quelques nouveaux acci-

dents maladiſs qu'ils découvrent ſur eux-mêmes. Ainſi, des démangeaiſons au pourtour de l'anuſ ſe développent chez un de nos malades en affection grave néceſſitant une intervention énérgique pour la guérir; l'autre qui invente la préſence d'une hernie inguinale particulière, veut qu'on faſſe venir le premier bandagiſte afin qu'on lui prenne bien meſure du bandage à confectionner, « car, dit-il, ma hernie eſt une hernie tout à fait à part, qui ne reſſemble en rien à la même affection chez les autres. »

Encore, un malade à attaques eſpacées ſe préoccupe conſtamment des maladies dont il eſt atteint et qui pourraient à un moment donné entraîner ſa mort. Nous tenons abſolument à conſtater que toutes les maladies que nous allons énumérer dans les lignes qui vont ſuivre ne ſont que le produit de ſon imagination malade. Il a peur par exemple de mourir d'un anévryſme; nous nous efforçons de le raffermer ſur ce point, lui prouvant, par la conſtata-tion médicale, l'impoſſibilité de l'exiſtence d'un anévryſme chez lui. Quelque temps plus tard il nous ſoumet une nouvelle idée : « Il pourrait bien ſuccomber à une embolie ». Il nous eſt aſſez facile de l'aſſurer qu'il n'eſt porteur d'aucune maladie du cœur.

Son délire ne ſ'arrête pas là et il nous accoſte ces jours-ci pour nous demander ſ'il ne pourrait pas, à un moment donné, mourir ſubitement d'une congeſtion cérébrale.

On pourrait nous dire que l'épileptique ne peut rien engendrer dans ſon cerveau qui ſe rapporte à ſes attaques puiſqu'il n'a aucune ſouvenance de ſes crises anté-

rieures; c'est bien, mais pourquoi un épileptique ne fait-il pas rouler son délire sur les accidents postépileptiques immédiats, tels que morsure de la langue, perte de la force musculaire?

Non, il attend la période où toute trace de sa crise est disparue pour développer alors son nouveau délire. Nous nous sommes demandé à un moment donné si les conceptions délirantes chez nos névrosés doivent être mises en rapport avec l'affaiblissement intellectuel produit chez eux par leurs attaques convulsives répétées, ou être considérées comme des idées délirantes surajoutées chez les épileptiques.

Magnan (1) admet cette coexistence de plusieurs délires chez le même aliéné et la met sur le compte d'une certaine convergence dans l'hérédité : un des ascendants par exemple serait vésanique et l'autre atteint de névrose convulsive. « La mélancolie, la manie, ou le délire chronique du père, l'épilepsie de la mère, ou *vice-versa*, peuvent exercer leur action directe sur le fils et déterminer chez lui deux névroses similaires aux précédentes, vivant côte à côte, mais sans perdre aucun de leurs attributs. Une hérédité double donnera ainsi lieu à un être pathologique double, à un sujet à la fois épileptique et vésanique. »

Quelle que soit l'origine de ce délire nous tâcherons par quelques observations que nous avons surtout recuei-

1. Magnan. *La coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné.* In *Arch. de Neurologie*. T. I, p. 49.

lies dans un service spécialement destiné au traitement des aliénés épileptiques, sous la direction très compétente de notre cher maître, M. le D^r Marandon de Montyel, de démontrer l'existence d'un délire très actif pendant les intervalles des accès convulsifs et ayant comme caractère prédominant des préoccupations hypochondriaques étrangères à la névrose même.

L'idée de ce travail nous a été donnée par notre maître en aliénation mentale, le D^r Marandon de Montyel. Qu'il veuille bien nous permettre de lui apporter tout l'hommage de notre reconnaissance pour les bons conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer au cours de l'exécution de ce travail. M. le D^r Febvre, M. le D^r Legrain, ont droit aussi à l'expression de notre gratitude ; c'est auprès d'eux, qui nous ont guidé avec une si grande bienveillance, que nous avons acquis les premières notions de la médecine mentale au cours de notre internat dans les asiles de la Seine.

Que notre cher maître, le D^r Motet, veuille bien trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance pour nous avoir enseigné la clinique mentale depuis que nous sommes sous sa direction et pour le grand intérêt qu'il nous a toujours porté.

Que nos maîtres, MM. les professeurs Rigal et Gilbert, veuillent bien recevoir l'expression de notre sincère gratitude pour nous avoir guidé dans les études de la clinique médicale pendant notre service dans les hôpitaux.

Enfin nous ne devons pas oublier nos premiers maîtres dans les hôpitaux de Paris, MM. les D^s Félizet, Polaillon,

Hirtz et Audhoui, qui se sont toujours montrés bienveillants à notre égard.

Que M. le professeur Brouardel veuille bien agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

C'est Gallien qui créa le premier l'entité « hypochondrie » pour désigner une maladie où les troubles psychiques s'accompagnaient de symptômes abdominaux ; d'après cet illustre médecin les vapeurs engendrées dans les viscères sous-diaphragmatiques remontaient jusque dans le cerveau pour y altérer les esprits animaux. Tantôt l'estomac, tantôt le foie ou la rate, furent plus spécialement considérés comme le siège du mal. Stahl attribua le rôle le plus important aux troubles de la circulation dans le système de la veine-porte, au ralentissement, à l'épaississement du sang dans ce système et à la pléthore abdominale. Pour Broussais, l'hypochondrie était l'effet d'une gastro-entérite, agissant sur un cerveau prédisposé.

La plupart des médecins admettent aujourd'hui l'influence des affections du tube digestif et de ses annexes sur les dispositions morales. De ces différents degrés de la théorie abdominale de l'hypochondrie on peut rapprocher l'opinion des médecins qui en ont placé le siège dans le système nerveux ganglionnaire.

Comparetti a publié l'observation d'un hypochondriaque, chez lequel, à l'autopsie, il aurait trouvé une altéra-

tion du plexus abdominal et en particulier du ganglion semi-lunaire.

A cette théorie abdominale de l'hypochondrie vient faire suite une théorie plus récente, dont cependant l'origine doit remonter à Sydenham, qui admet que le siège du mal chez les hypochondriaques est le système nerveux et que les phénomènes viscéraux ne sont qu'accessoires, secondaires, consécutifs.

Cette opinion qui étendait le siège du mal à tout l'ensemble du système nerveux, devait nécessairement conduire à considérer l'hypochondrie comme une sorte de diathèse.

C'est ici qu'il faut placer l'opinion de Tardieu qui considérait l'hypochondrie comme une cachexie spéciale et celles de médecins les plus compétents de notre époque, Lancereaux et Bouchard, qui la présentent comme une manifestation diathésique.

L'étude clinique de la maladie et en particulier de ses symptômes psychiques a permis de voir sous la lumière vraie les rapports des troubles mentaux avec les affections concomitantes de viscères ou du système nerveux. Sauvages, le premier, plaça l'hypochondrie parmi les vésanies, la considérant comme une hallucination de l'homme sur sa propre santé. Pinel rangea également l'hypochondrie parmi les affections mentales et, lorsque Gall eût établi que le cerveau était l'organe des sentiments moraux aussi bien que des facultés intellectuelles, la plupart des auteurs furent conduits à y placer le siège de l'hypochondrie. Actuellement tous les médecins acceptent cette dernière théorie soutenue par Georget et Falret

et considèrent l'hypochondrie comme une vésanie, quelle que soit d'ailleurs son origine viscérale ou diathésique.

« Je ne veux pas nier, dit Guislain, que l'hypochondrie n'ait dans quelque cas son origine dans une altération morbide d'un organe quelconque de l'abdomen, mais ce phénomène n'est pas exclusif à l'hypochondrie, il est propre à toutes les variétés de monomanies.

Notez aussi que l'hypochondrie se change souvent en une autre variété de monomanie. »

Ces transformations de l'hypochondrie en une autre forme de trouble mental ont été de plus en plus mises en lumière par les progrès de la clinique ; l'hypochondrie est devenue un élément symptomatique appartenant à diverses formes de la folie, au délire des persécutions, à la mélancolie anxieuse, à la paralysie générale, etc. L'école moderne confond l'hypochondrie avec le délire hypochondriaque, ces deux entités ne présentant aucune différence nosologique ; l'hypochondrie est une forme atténuée, mais elle est aussi vésanique que le délire hypochondriaque confirmé.

Voilà pourquoi nous avons tracé en quelques lignes l'histoire de l'hypochondrie analogue à celle du délire hypochondriaque qui nous intéresse. Nous tâcherons maintenant de remonter à l'origine des théories admettant la concomitance du délire hypochondriaque et de l'épilepsie.

Le délire hypochondriaque se rencontre le plus souvent chez les persécutés, mélancoliques et dégénérés, on l'observe aussi quelquefois au début de la paralysie générale, dans la folie circulaire, la démence sénile et dans

les délires toxiques. Maisonneuve a le premier attiré l'attention sur le délire hypochondriaque chez les épileptiques. Les sensations qui constituent l'aura, qu'elles siègent dans l'abdomen ou ailleurs, les divers malaises qu'éprouvent les épileptiques peuvent être l'origine de ce délire très souvent combiné avec un délire de persécutions. D'après cette opinion le délire hypochondriaque devrait être préépileptique, naître avec l'aura et disparaître après l'attaque convulsive.

Voisin invoque comme cause d'apparition des idées hypochondriaques chez les convulsifs, le désespoir dans lequel la maladie les jette.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Epilepsie (grandes et petites attaques). Délire hypochondriaque des plus actifs.

M. F..., âgé de 47 ans, en traitement actuellement à la maison de santé du Dr X.... Certificat médical à l'entrée du malade dans l'établissement en 1890, ainsi formulé :

M. F..., atteint de troubles cérébraux caractérisés par une manie hypochondriaque avec idées de persécution. Les certificats du directeur de la maison de santé signalaient principalement les préoccupations hypochondriaques avec craintes d'avoir contaminé tout son entourage.

L'origine de ce délire n'est pas difficile à découvrir, car M. F... est un épileptique de longue date, comme nous allons le voir par ce qui va être dit sur ses antécédents personnels.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 70 ans

d'une maladie de la vessie; nature inconnue, obligation de le sonder jusqu'au dernier moment. La mère du malade est morte de tuberculose pulmonaire (phthisie chronique) à 50 ans. Ils étaient trois frères, dont notre malade est le plus âgé; le plus jeune bien portant, n'a jamais été malade et n'a jamais présenté aucun trouble de l'intelligence. Le troisième frère est mort très jeune de la tuberculose pulmonaire. Rien à signaler chez les autres membres de la famille du malade ni du côté paternel, ni du côté maternel.

Antécédents personnels. — Le malade présente dans son passé des phénomènes pathologiques qui concernent seulement son intelligence; il n'a jamais eu de maladie de nature à nous éclairer sur la cause de son affection actuelle.

Aussi loin que ses souvenirs lui permettent de remonter, il se rappelle toujours avoir eu des vertiges, en moyenne quatre crises par mois. Ces vertiges alternaient quelquefois avec de grandes attaques d'épilepsie cependant très rares au début. L'apparition de ces vertiges n'avait rien de régulier et n'était provoquée par rien qui puisse être appelé cause occasionnelle. Les grandes attaques convulsives parcouraient, chez notre malade, le cycle classique de cette affection sans présenter aucun phénomène anormal.

Les vertiges s'accompagnaient habituellement de convulsions localisées à une faible portion du corps, le plus souvent à quelques muscles de la face. La perte de connaissance était momentanée; jamais d'émission d'urine.

Nous avons vu plusieurs de ces vertiges comitiaux au moment du repas du malade. Il perdait sa fourchette, se renversait en arrière et revenait à lui au bout de quelques instants n'ayant aucun souvenir de ce qui venait de se passer et s'étonnant quand on lui demandait s'il allait mieux.

Se répétant très souvent, ces vertiges usaient l'intelligence du malade, et s'ils constituaient, au point de vue général, un symptôme moins effrayant, ils restaient une manifestation d'un mal qui comportait à la longue un affaiblissement notable des facultés intellectuelles.

Dès son entrée dans l'établissement il a de grandes crises convulsives et quelques vertiges pendant le premier mois. Après, affaibli mentalement, il se laisse envahir, sans pouvoir se défendre, par des impressions les plus bizarres qui font naître chez lui un délire hypochondriaque.

« Il est atteint de syphilis, il a dissimulé sa maladie et porté la contagion autour de lui ».

La moindre écorchure, le moindre bouton, qu'il découvre sur son corps, sont pour lui les manifestations certaines de la vérole; sa place, nous dit-il, est à l'hôpital du Midi ou en prison.

Il porte l'infection partout où il va, c'est lui qui est la seule cause de l'apparition de l'influenza. Il sent mauvais et infecte les salles; il prétend que la décomposition de son être commence et fait de rapides progrès: bientôt on verra ses pieds et ses mains se détacher de son corps. Il sent « le cuivre ». Je ne pourrai pas vivre bien long-

temps, je sens que je vais faire une maladie grave », nous répète-t-il presque journellement.

Au moment où il se portait le mieux au point de vue physique il écrit une lettre ainsi conçue à un de ses amis qui le voit très souvent à la maison de santé.

« Il me semble, mon cher ami, que vous m'avez un peu abandonné depuis quelque temps. J'éprouvais, cependant, un grand bonheur à vous revoir. Mon existence ne peut être longue à présent, car je crois que je vais être étouffé d'un jour à l'autre et je me demande si je ne dois pas me préparer pour le grand voyage. J'éprouve non seulement de fortes douleurs dans la tête, derrière notamment, mais je suis depuis ce soir plus suffoqué que jamais.

P.-S. — Je me demande même ce soir si je vais passer la nuit. »

Les idées hypochondriaques chez notre malade doué d'une intelligence peu active changent de nature avec une rapidité surprenante. C'est tantôt la syphilis, tantôt des étouffements, dont la nature lui est inconnue.

Après, c'est une maladie de cœur, un anévrysme de l'aorte ou une crainte de voir tous ses organes se transformer en graisse.

Toujours inquiet, constamment aux aguets de quelques nouveaux symptômes qu'il arrive à découvrir ou à créer dans son imagination, il représente le type de ces mélancoliques hypochondriaques dont la vie tout entière est aité de perplexités continuelles.

Jamais, remarquons-le dès maintenant, notre malade n'a déliré sur un symptôme réel de son mal véritable ou sur une lésion quelconque consécutive à ses grandes attâ-

ques, telles que morsure de la langue, contusions très fortes. Au contraire, il inventait plutôt des explications absolument en dehors de ses craintes habituelles, n'ayant aucun rapport avec l'idée d'une terminaison fatale entrevue dans un avenir prochain.

OBSERVATION II (personnelle).

Epilepsie, délire hypochondriaque n'intéressant en rien les manifestations les plus intenses de la névrose.

M. D..., âgé de 40 ans, en traitement à l'Asile de Ville-Evrard, service de notre maître, M. le Dr Marandon de Montyel, depuis le mois de janvier 1894.

Antécédents héréditaires. — Père mort de la tuberculose pulmonaire à l'âge de 56 ans, mère morte d'une pneumonie sénile à 70 ans. De dix enfants qu'ils avaient il n'y en a que sept de vivants. La plupart ont eu des convulsions en bas-âge. La cause de la mort de trois enfants nous est inconnue, le malade ne pouvant pas nous renseigner sur ce point.

Aucune manifestation névropathique ni vésanique à constater chez les différents ascendants de la famille de notre malade.

Antécédents personnels. — Rien à signaler jusqu'à l'âge de 21 ans. A cette époque le malade commence à exercer le métier de plombier et présente au bout de

quelques mois de travail une légère colique saturnine. Il continue néanmoins sa profession et arrive à l'âge de 36 ans, atteint à un degré peu prononcé, d'une intoxication chronique par le plomb. A ce moment, il commence à faire des excès alcooliques nombreux et présente sa première attaque convulsive épileptiforme, accompagnée de tout l'ensemble symptomatique de cette affection : morsure de la langue, incontinence d'urine, faiblesse musculaire consécutive, etc.

Depuis, la névrose s'est installée chez notre malade d'une façon définitive et au moment où nous le soumettons à notre examen il a l'esprit obnubilé, l'intelligence affaiblie par des vertiges très fréquents surtout nocturnes.

Au point de vue physique il supporte parfaitement bien son mal et ne présente aucun trouble du côté de son appareil circulatoire ou digestif.

Voilà ce qui le tourmente depuis son entrée à l'asile : il prétend avoir le ténia, bien, qu'il en ait été débarrassé l'année dernière, époque où à deux reprises différentes, il rendit un ténia d'une longueur de 30 mètres environ. Voici les effets qu'il éprouve et qu'il met sur le compte de son ver : « Mes douleurs sont concentrées d'abord sur le pylore, descendent peu à peu vers la vessie et enflamment les parties en me faisant uriner souvent. » Il a des crampes très fortes de l'estomac après les repas.

Il s'occupe constamment de ses garde-robes, il y va régulièrement, et regarde chaque fois les matières qu'il fait. Les personnes de son entourage, les gardiens qui le soignent n'ont jamais trouvé aucun anneau de ténia dans

ses selles; et les symptômes qu'il nous cite ne sont que le produit de son imagination.

Au point de vue de son état mental, il nous parle peu volontiers, trouvant extraordinaire qu'on s'occupe d'une chose qui n'a jamais été pour lui le sujet de la moindre réflexion.

« Sa tête va très bien et il a conservé la mémoire de toutes choses, son esprit est lucide. »

Il prétend en même temps avoir des étouffements et des palpitations de cœur très fortes.

En somme, nous nous trouvons en présence d'un individu robuste, bien portant au point de vue physique, n'ayant qu'une affection mentale, l'épilepsie, et qui invente, en hypochondriaque qu'il est, des maladies, laissant de côté les symptômes et les suites de ses vertiges convulsifs.

OBSERVATION III (personnelle).

Épileptique à attaques fréquentes. Délire hypochondriaque coexistant.

M. G..., âgé de 25 ans, entré à l'asile Sainte-Anne en 1893, transféré à l'asile de Ville-Evrard, service de M. Marandon, en 1894.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une cause inconnue; mère âgée de 45 ans bien portante, frères et sœurs bien portants. Pas d'antécédents vésaniques à relever dans la famille du malade.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à l'âge de 12 ans, convalescence longue, durée de trois à quatre mois; c'est à cette époque qu'il faut rapporter les premiers accès convulsifs chez notre malade. Pas d'alcoolisme, ni syphilis.

Les crises convulsives ont débuté d'une façon très insidieuse et le malade nous raconte en avoir eu de 8 à 10 par mois; c'était des grandes attaques et de plus trois ou quatre vertiges par jour.

En ce moment il est considéré à l'asile comme le malade qui tombe le plus souvent en attaque et son intelligence est tellement affaiblie qu'il a de la peine à suivre une conversation, même la plus simple, et se rappeler les faits les plus récents de son existence.

Malgré ses crises répétées il ne semble faire aucune attention à sa névrose et attire notre attention au cours de l'examen auquel nous le soumettons par des conceptions délirantes de nature hypochondriaque. Voici ce qu'il nous raconte : il a mal dans la région du pli de l'aine, du côté gauche, et au niveau de la quatrième vertèbre lombaire. En examinant attentivement ces régions nous voyons le malade porteur d'une cicatrice dans la région inguinale gauche, vestige d'une ouverture opératoire, d'un abcès, qui n'est pas enflammée, ni adhérente, et qui remonte, au dire du malade, à une époque assez éloignée.

Du reste il ne manifeste aucune douleur quand nous examinons cette cicatrice et quand nous pressons dessus. Quant à la région lombaire il n'y a absolument rien à relever.

Outre cela il est porteur d'une maladie de l'estomac et du gros intestin ; il est très embarrassé de nous définir la nature de cette maladie. Une chose qui l'étonne lui-même, c'est qu'il a conservé son appétit, n'a pas de renvois, sa langue est bonne et il va régulièrement à la selle.

On le voit dans le quartier de malades où il se trouve se mettant devant une glace 15 ou 20 fois par jour pour regarder sa langue ; les morsures attirent peu son attention, c'est surtout l'enduit saburral dont il prétend avoir la langue couverte.

Il nous répète plusieurs fois avoir saigné par l'anus. Pas d'hémorroïdes, pas de fissure, ni fistule. Du reste, les infirmiers m'affirment n'avoir jamais constaté de traces de sang sur son linge, ni jamais avoir vu des selles sanguinolentes.

Ses nuits sont bonnes et toutes ses fonctions se font parfaitement bien.

Dans l'intervalle de ses accès convulsifs il est triste, déprimé, préoccupé constamment de maladies qui l'épuisent et ne lui laissent pas un moment de repos.

OBSERVATION IV (personnelle).

Epileptique à attaques fréquentes, délire hypochondriaque.

M. E... Joseph, âgé de 20 ans, entré à l'Asile de Ville-Evrard, le 5 décembre 1892.

Antécédents héréditaires. — Père mort de la tuberculose pulmonaire à l'âge de 44 ans; mère bien portante. Une sœur du malade s'est noyée; un frère est mort d'une pneumonie caséuse à l'âge de 8 ans.

Antécédents personnels. — Etait toujours bien portant jusqu'à l'âge de 13 ans, époque où le malade a commencé à boire. Sa boisson préférée était l'absinthe dont il buvait toute la journée. C'est à ce moment-là qu'il présente ses premiers accès convulsifs dus sans doute à l'intoxication par l'absinthe. Depuis, ses attaques ont continué parallèlement aux abus qu'il faisait toujours au dehors.

Au moment où nous le voyons, malgré son séjour depuis deux ans et demi à l'asile et un régime sobre auquel il a été soumis dès son entrée, il présente encore des vertiges épileptiformes assez fréquents sans jamais avoir eu une grande attaque classique de l'épilepsie.

Ces vertiges ont épuisé ses forces intellectuelles et nous le trouvons peu actif au point de vue mental, tout à fait inerte physiquement, incapable de fournir aucune manifestation intelligente.

Sa seule préoccupation consiste en une affection très importante de l'oreille, qui s'accompagne d'après lui de symptômes extraordinaires : écoulement putride, et démangeaisons autour du conduit auditif externe.

En réalité il n'a qu'une otite moyenne simple sans suppuration aucune ni perforation du tympan. Le sens de l'ouïe est parfaitement conservé et le malade n'a jamais présenté même une surdité passagère. Son pavillon n'est

pas irrité par un écoulement purulent ni séreux et ne présente pas trace d'érythème.

Quand nous nous efforçons de rassurer le malade sur son affection en lui disant que son oreille n'a jamais coulé, il tire avec un bout d'allumette du fond de son conduit auditif externe un peu de cérumen coagulé et nous affirme que cela sent mauvais.

Du reste son oreiller n'a jamais présenté aucune tache pouvant provenir d'un écoulement auriculaire. Il ne porte jamais de coton dans l'oreille prétendue malade.

C'est son seul mal et il demande à se faire examiner par un spécialiste pour résoudre une question aussi importante au point de vue de la gravité de son affection.

OBSERVATION V

Prise avec notre ami et collègue M. Pelas, interne des asiles d'aliénés de la Seine.

Epileptique, délire hypochondriaque.

M. C... Pierre, âgé de 22 ans, imprimeur-typographe, entré d'abord à l'âge de 19 ans à Sainte-Anne, puis à Ville-Evrard, dans le service du Dr Marandon.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une cause inconnue; mère âgée de 62 ans, atteinte de rhumatisme chronique, varices, jambes enflées, alitée depuis 5 mois. De onze enfants il n'en reste que cinq vivants. Les six autres sont morts en bas-âge de convulsions et d'affec-

tions pulmonaires. Pas d'antécédents syphilitiques, alcooliques ou vésaniques à signaler.

Antécédents personnels. — N'a jamais rien présenté de particulier dans son enfance ; il a appris très vite à lire et à écrire, et est allé à l'école jusqu'à l'âge de 11 ans. A partir de cette époque le malade nous raconte avoir pratiqué beaucoup l'onanisme et depuis 13-14 ans il a fait des excès vénériens. Sa première attaque d'épilepsie remonte à l'âge de 19 ans.

Son apparition a été brusque, foudroyante, sans phénomènes précurseurs et on lui a dit qu'il est resté après ses convulsions plus d'une heure endormi dans le stercor.

Il s'est mordu la langue, il a uriné dans son pantalon, et s'est fortement contusionné la face en tombant. Depuis cette époque, notre malade a d'habitude de quatre à cinq attaques par an, principalement en hiver, et beaucoup d'étourdissements et de vertiges surtout en été.

A son entrée à Ville-Evrard il a eu de grandes attaques presque tous les mois, mais c'est surtout les vertiges épileptiques qui le prennent deux ou trois fois par semaine.

Au moment où nous l'examinons il présente un certain degré d'excitation mentale, il cause beaucoup, ne peut pas rester en place, fait des gestes automatiques avec ses bras et nous accable de questions qui concernent toujours sa maladie, dont la nature, présentée par le malade, est intéressante à mentionner.

« Comme j'ai abusé trop de la demoiselle, nous dit-il, cela m'a donné un ramollissement du cerveau et une

grande faiblesse du sang. Mon cerveau est faible à cause d'abus de sperme ».

Pendant tout l'entretien que nous avons eu avec lui il nous réclame des fortifiants pour son cerveau. Il a perdu par la faiblesse de son cerveau la mémoire de toute chose ; les faits, même les plus récents, ne laissent dans son esprit aucun souvenir.

En nous quittant il attire notre attention sur un fait du ressort de son délire. Voici ce qu'il nous raconte : il est porteur depuis l'âge de 11 ans d'une hernie (nous sommes embarrassés d'en définir la nature, puisque le malade n'en présente aucune trace). Voilà plusieurs fois qu'il a voulu se faire opérer, mais chaque fois les chirurgiens lui disaient qu'il n'en avait aucune. Cependant un seul a admis avec lui la présence de cette infirmité et lui a prescrit un bandage herniaire qui fonctionne mal maintenant, car il n'a pas été préparé exprès pour le malade. Nous ferions bien de lui adresser un bandagiste pour lui faire faire un bandage spécial, sur mesure, pour contenir une hernie qui n'existe que dans l'imagination du malade.

Nous nous sommes cependant livrés à un examen attentif de ses régions inguinales et voici le résultat de notre examen : les anneaux inguinaux de deux côtés sont normaux, laissent facilement passer le doigt explorateur dans le canal le long du cordon spermatique et en faisant tousser le malade nous n'obtenons aucune impulsion au doigt par une partie quelconque de l'intestin. Du reste lui-même nous raconte n'avoir jamais vu une tumeur dans son pli de l'aîne. La seule chose qui a pu attirer son

attention, c'est une blennorrhagie compliquée d'une orchite simple guérie, mais laissant comme trace une induration de l'épididyme, qui est dure au toucher et présente des bosselures et des inégalités.

Le même prétendu ramollissement cérébral lui donne des troubles digestifs ; il digère très difficilement, n'a pas d'appétit (mange cependant bien) a des renvois, va difficilement à la garde-robe, a constamment « la bouche mauvaise, empâtée », etc.

Quand on arrive à traiter avec lui la question de son état mental, il nous dit qu'il se porte à merveille et du reste il emploie en nous parlant des phrases vaniteuses et incohérentes, pour prouver la facilité avec laquelle il s'explique. En réalité il est très affaibli mentalement, ses phrases se lient mal et d'ici peu il tombera selon toutes les probabilités dans un état de démence complète.

Cette observation nous met en présence d'un épileptique délirant sur différentes maladies qu'il invente. Faut-il considérer son délire hypochondriaque comme la conséquence de ses attaques épileptiques, ou l'admettre idiopathique chez un névrosé ? C'est une question que nous pouvons résoudre à deux points de vue : 1° Notre malade peut être épileptique et dégénéré en même temps et avoir des crises convulsives et un délire polymorphe à prédominance d'idées hypochondriaques ; 2° L'épilepsie existant seule chez notre malade peut en affaiblissant ses facultés intellectuelles faire naître chez lui un délire dépressif avec des idées hypochondriaques.

Ses deux théories peuvent être acceptées puisque nous

trouvons dans cette observation un appui pour nos deux principes.

OBSERVATION VI (personnelle).

Epileptique, délire hypochondriaque.

M. V..., âgé de 36 ans, entré à l'asile de Ville-Evrard, service de M. le Dr Marandon, le 27 juillet 1891.

Antécédents héréditaires. — Père mort à l'âge de 48 ans d'une pneumonie infectieuse. Mère âgée de 72 ans, bien portante. Cinq enfants, dont un garçon est devenu paraplégique à l'âge de 18 mois, cependant il vit, est marié et a des enfants. De quelle nature était cette paraplégie qui existe depuis le bas-âge?

Nous sommes embarrassés de le dire. Personne dans sa famille n'a été ni fou ni épileptique.

Antécédents personnels. — Notre malade a eu des convulsions dans l'enfance. Il ne peut pas nous préciser jusqu'à quelle époque il les a eues. Reste bien portant jusqu'à l'âge de 24 ans, époque où il a eu ses premières attaques d'épilepsie. Le malade nous dit ne pas avoir fait aucune sorte d'excès, ni alcool, ni excès vénériens, ni surmenage. Ses attaques ont eu un début brusque, sans cause appréciable.

Depuis il a des crises convulsives toutes les six semaines, un mois, et des vertiges en nombre beaucoup plus considérable.

A l'entrée à l'asile il a des crises espacées, mais très souvent des vertiges. Chose étrange il a bien conservé ses facultés intellectuelles, et nous cite des faits de sa vie privée d'une façon claire.

Depuis le commencement de l'année 1895, six mois avant l'entrée du malade dans l'établissement, il a commencé à accuser des démangeaisons au niveau de la région anale.

Toutes ses plaintes se concentrent encore maintenant sur ce point, et il nous demande à toutes forces de le soulager. Nous examinons le pourtour de l'anus, le pli interfessier, sans trouver aucune modification de la peau ni de sécrétion de la région. A la question que nous posons au malade sur les origines possibles de ces démangeaisons, il nous dit que sûrement cela lui vient par manque de rapports sexuels. Il est persuadé que l'abstinence est la plus grande cause de son mal.

Toute son attention est fixée sur ce point, et il ramène toute conversation sur sa préoccupation constante.

Maintenant, de quelle nature seraient ces démangeaisons qui durent depuis cinq ans ? Nous ne croyons pas qu'il y ait à supposer une affection parasitaire quelconque, étant donné que le traitement du début était dirigé de ce côté, sans amender l'intensité du prurit. Nous serions plus porté à croire que c'est un prurit nerveux sans érythème ni éruption, peu susceptible de modification par le traitement externe.

OBSERVATION VII

Due à l'obligeance de notre ami et collègue le Dr Pelas, interne des asiles d'aliénés de la Seine.

M. D... Victor, âgé de 43 ans, scieur de bois, entré à l'asile de Ville-Evrard au mois de décembre 1894.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique avéré avec des troubles de l'appareil digestif d'origine alcoolique, un frère buveur d'absinthe, alcoolique; mère morte d'une cause inconnue.

Antécédents personnels. — Jamais malade jusqu'à l'âge de 24 ans, époque où il a la syphilis avec tout son ensemble symptomatique; soigné convenablement il en guérit, se marie sans avoir des enfants, et arrive à l'âge de 32 ans sans présenter rien d'anormal au point de vue de son intelligence,

A la fin de sa trente-deuxième année, il a la première attaque convulsive produite sans cause appréciable, il n'y avait à mentionner alors aucun excès, ni alcoolique, ni surmenage. Depuis, la névrose s'est installée chez notre malade d'une façon définitive. Les attaques se répètent chez lui d'une façon régulière de deux à trois fois par mois sans compter les vertiges et étourdissements qui atteignent un chiffre beaucoup plus élevé.

Dès son entrée à l'asile le nombre de ses attaques a de

la tendance à diminuer grâce au traitement bromuré auquel on soumet le malade.

D'une intelligence peu active, plutôt inerte, il se fait très peu remarquer dans la division où il se trouve, soit par ses paroles, soit par ses actes.

Dimanche 16 juin. — Le D^r Marandon, dans le service duquel le malade se trouve actuellement, est frappé par une plainte que le malade lui adresse : « j'ai les mains enflées », « une cuirasse sur la poitrine, un point de côté très fort au-dessous du mamelon gauche avec dyspnée intermittente ».

On se livre immédiatement à un examen de toutes les régions dont il se plaint et on ne trouve absolument rien. L'auscultation, ainsi que la percussion, sont négatives partout. Les mains ne sont nullement œdématisées. L'examen des urines a été négatif au point de vue d'une albuminurie passagère possible, laquelle existant aurait pu donner l'œdème des membres supérieurs à de certains moments de la journée.

Le lendemain mardi, 18 juin, le malade continue ses lamentations : ses mains sont toujours enflées, sa gorge est très sèche (il ne peut pas avaler) ; il a la poitrine défoncée avec sensation de constriction comme dans un étau ; il a des brûlures, des douleurs lancinantes dans toute la poitrine. Ses sensations de brûlures s'irradient jusqu'à la colonne vertébrale « qui se défonce par le bol alimentaire qui *remonte* le long du rachis ». Il a en outre des céphalalgies et des névralgies de la face.

Le 19 juin. — Il se trouve presque dans un état de marasme hypochondriaque. Sa poitrine est vide, les pou-

mons, les côtes, le sternum, ont disparu par écrasement, il n'y a que le cœur isolé, qui reste et donne encore un peu de vie au malade.

La mort est très prochaine et il fait ses adieux à tous ses camarades, ayant un pressentiment très vif du dénouement fatal.

Les idées hypochondriaques que nous venons de signaler se sont déjà développées chez notre malade depuis un temps assez long; mais il dissimulait toujours sa souffrance jusqu'au moment où les douleurs, dans son imagination, sont devenues insupportables et il nous découvre alors la façon dont ces différentes affections se sont enchaînées.

OBSERVATION VIII

Qui nous a été communiquée par M. Pelas, interne du service,
de M. le Dr Marandon de Montyel.

Epileptique à attaques fréquentes, délire hypochondriaque
concomitant.

M. Br... Joseph, âgé de 25 ans, entré à l'asile de Ville-Evrard, au mois de janvier 1895.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en très bonne santé, une sœur bien portante, en somme rien à signaler chez les ascendants de notre malade pouvant nous expliquer la présence chez lui de la névrose convulsive.

Antécédents personnels. — Convulsions en bas âge, bégaiement que le malade met sur le compte d'une peur qu'il aurait eue étant tout à fait jeune.

Il a des attaques d'épilepsie depuis l'âge de 7 ans mais leur nombre n'est pas considérable et elles sont très espacées. Au moment de passer devant le conseil de révision il se croyait presque guéri et, ne présentant rien d'anormal à aucun point de vue, il est pris comme soldat et passe ses trois années de service militaire ayant eu une seule et unique attaque.

Après avoir quitté son service il est étonné de voir ses crises devenir plus fréquentes sans cependant en pouvoir indiquer la moindre raison ; il est forcé d'entrer dans un asile d'aliénés pour se mettre à l'abri de certaines impulsions qui commençaient à le solliciter.

Entré à Ville-Evrard depuis 5 mois, le certificat médical à l'admission mentionnait seulement sa névrose sans appeler l'attention sur les conceptions délirantes dont il était déjà porteur.

Depuis son séjour à l'asile il attirait constamment l'attention du service médical par des plaintes répétées concernant quelques affections imaginaires. Malgré qu'il ait deux attaques de grand mal par semaine et beaucoup de vertiges il s'imagine être atteint d'une maladie interne grave, qui se manifeste dans son délire par une multitude de symptômes les uns plus obscurs que les autres et dont le nombre augmente du jour au lendemain. Voilà à quoi peuvent se réduire toutes ses souffrances : « J'éprouve une sensation de constriction et de brûlure inten-

ses en ceinture dans la région abdominale et au niveau du creux de l'estomac; maux de tête fréquents. »

Il a en outre « un coup de sang aux yeux, du sang plein les yeux » avec sensation de picotements. Des lotions d'eau froide aux jambes le soulagent, dit-il; très mal à la gorge, la bouche sèche et la langue chargée.

Disons tout de suite que toutes ces plaintes ne sont basées sur aucun symptôme sérieux, et ne sont que le produit des conceptions délirantes de notre malade. Du reste rien que leur inconstance suffit pour confirmer notre supposition.

Le 19 juin, le médecin du service le trouve anxieux, presque mélancolique, en proie à des tourments qu'il est heureux de communiquer et qui se résument en ceci :

Sous l'influence de quelques hallucinations de la vue, il voit ses mains pleines de sang, la peau commence à se gangréner et bientôt on assistera à sa décomposition, car il sent déjà que ses doigts vont tomber.

Tout son organisme est dépourvu de sang, et toutes ses chairs vont se détacher par écailles et par lambeaux.

Il nous serait difficile, presque impossible, de formuler une hypothèse quelconque sur ces troubles de la sensibilité qui sont purement cérébraux et ne se traduisent pour la recherche clinique par rien qui puisse les révéler. Il n'existe pas chez notre malade, ni zones anesthésiées, ni hyperesthésiées; il a la notion exacte de tout ce qu'il ressent et traduit ses sensations d'une façon tout à fait normale.

Tout ceci nous permet d'affirmer la nature cérébrale

de ces récriminations et le nom de délire hypochondriaque convient le mieux à ces sortes de conceptions.

OBSERVATION IX (personnelle).

Epilepsie: Délire hypochondriaque.

M. P.: Alexandre, âgé de 36 ans.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère morte subitement probablement d'une lésion cardiaque ancienne. Rien à signaler au point de vue d'une tare vésanique ou alcoolique.

Antécédents personnels. — Bien portant jusqu'à l'âge de 14 ans, époque où il s'en va en Egypte; là, il a la dysentérie qui guérit au bout de quelques semaines. Au même moment il attrape la syphilis; passe par toutes ses phases, mais guérit grâce à un traitement énergique qu'il a suivi pendant plus de 4 ans.

Rien à signaler jusqu'à l'âge de 30 ans. Dans cet intervalle il se marie et a deux enfants bien portants.

La mort de sa mère qui est survenue quand notre malade avait 30 ans lui a causé le plus grand chagrin et c'est à cette cause qu'il attribue ses premières attaques convulsives qui se montrent à peu près à la même époque.

Les crises sont très fréquentes, une presque tous les jours, et il cherche à entrer à l'asile.

Attaques continuent à être fréquentes, mais les gran-

des crises sont remplacées par des vertiges beaucoup plus nombreux.

Intelligence faible, mémoire amoindrie, les idées se lient cependant encore avec assez d'ordre. Sur ce terrain favorable à l'éclosion de conceptions délirantes il construit un délire dépressif à forme hypochondriaque et nous expose ses souffrances presque journellement.

Il a des douleurs très vives dans les jambes surtout dans les muscles postérieurs, des douleurs de tête intenses et « un écoulement du cerveau par les fosses nasales. »

Nous sommes persuadés que, d'ici quelques jours à ces symptômes de peu d'importance vont s'en ajouter d'autres qui seront d'autant plus sérieux pour le malade qu'il va les découvrir après quelque nouvel accès convulsif.

CONCLUSIONS

1° Le délire hypochondriaque chez les épileptiques ne saurait être contesté.

2° Son apparition peut se faire à toute période de la névrose, aussi bien au début du mal convulsif, qu'à une période où l'affaiblissement intellectuel est déjà assez prononcé.

3° Il a comme caractère particulier une série d'idées se trouvant complètement en dehors de la névrose convulsive.

4° Dans certains cas il peut être considéré comme un délire surajouté, chez un épileptique, ayant des antécédents vésaniques.

5° Le plus souvent il est produit par l'affaiblissement de l'intelligence, consécutif aux attaques convulsives et surtout aux vertiges comitiaux répétés.

Vu par le Président de la thèse,

BROUARDEL.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GREARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BURLUREAUX. — Epilepsie, article dans le Dictionnaire de Deschambre.
- Aliénation mentale chez les épileptiques.
- BALL et RITTI. — Délire, article dans le Dictionnaire de Deschambre.
- COTARD. — Hypochondrie, Dictionnaire de Deschambre. T. 15, p. 154.
- CALMEIL. — De l'épilepsie étudiée sous le rapport de son siège et de son influence sur la production de l'aliénation mentale. Th. 1824.
- DESFOSSEZ. — Essai sur les troubles des sens et de l'intelligence causés par l'épilepsie. Th. 1878.
- J. FALRET. — De l'état mental des épileptiques. Arch. générales de médecine et de chirurgie. T. 16, 17, 18.
- FERÉ. — De l'épilepsie et des épileptiques.
- MAGNAN. — Coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné. Arch. de neurologie. T. I, p. 49.
- AUG. VOISIN. — Epilepsie, Dictionnaire de 40 volumes, T. 13.
- Etat mental des épileptiques.

